FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY

1920-1921 2e Série. No 138

LA LUXATION TRAUMATIQUE

DE LA HANCHE

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 23 Novembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix-Adolphe-Joseph MARTEL

Né le 5 Mars 1891, à VUILLAFANS (Doubs).

Examinateurs de la Thèse : MM. Frœlich, professeur..... *Président.*
Simon, professeur..... *Juges.*
Binet, agrégé..... *Juges.*
Fairise, agrégé..... *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

ANC. IMPRIMERIE VAGNER, 3, RUE DU MANÈGE

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1920-1921 **2e Série.** **N° 138**

LA LUXATION TRAUMATIQUE

DE LA HANCHE

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 23 Novembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix-Adolphe-Joseph MARTEL

Né le 5 Mars 1891, à VUILLAFANS (Doubs).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Examinateurs de la Thèse :

MM. FRŒLICH, professeur..... *Président.*

SIMON, professeur..... *Juges.*

BINET, agrégé..... *Juges.*

FAIRISE, agrégé..... *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

ANC. IMPRIMERIE VAGNER, 3, RUE DU MANÈGE

—

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. Meyer, ✲, I Q.
Assesseur : M. Weiss, O ✲, I Q.
Doyen honnoraire : M. F. Gross, O ✲, I Q.
Professeurs honoraires : MM. Beaunis, O ✲, I Q ; Nicolas, ✲, I Q ; Prenant, ✲, I Q ; F. Gross, O ✲, I Q ; Chrétien, I Q ; Herrgott, ✲, I Q

Professeurs

Clinique chirurgicale	M. Weiss, O ✲, I Q.
Chimie médicale et toxicologie	M. Garnier, I Q.
Hygiène	M. Macé, I Q.
Physiologie	M. E. Meyer, ✲, I Q.
Clinique médicale	M. Simon, I Q.
Histoire naturelle médicale	M. Vuillemin, I Q.
Clinique ophtalmologique	M. Rohmer, I Q.
Médecine légale	M. P. Parisot, ✲, I Q.
Clinique des maladies des enfants	M. Haushalter, ✲, I Q.
Anatomie pathologique	M. Hoche, ✲, I Q.
Clinique médicale	M. Etienne, I Q.
Clinique chirurgicale	M. Vautrin, ✲, I Q.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. Spillmann, ✲, I Q.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. Frœlich, ✲, I Q.
Physique médicale	M. Lambert, I Q.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. Fruhinsholz, ✲, I Q.
Histologie	M. Collin, I Q.
Anatomie descriptive	M. Lucien, ✲, I Q.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. Jacques, ✲, I Q.
Clinique des voies urinaires	M. André, ✲, I Q.

Chargés de cours complémentaires

Médecine opératoire	M. Michel, ✲, I Q, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	M. Michel, ✲, I Q, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	M. Paris, Q.
Clinique des maladies des vieillards	M. Richon, ✲, I Q, agrégé libre.
Pathologie interne	M. Richon, ✲, I Q, agrégé libre.
Accouchements (Cours théorique)	M. S. Remy, A Q, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. Perrin, I Q, agrégé.
Thérapeutique	M. Perrin, I Q, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J. Parisot, ✲, I Q, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. Parisot, ✲, I Q, agrégé
Pathologie externe	M. Binet, I Q, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1)	M. Caussade, A Q, agrégé.
Clinique d'électrothérapie	N...

Agrégés en exercice

M. Robert, I Q.	M. J. Parisot, ✲, I Q	M. Job, A Q.
M. Binet, I Q.	M. Fairise, A Q.	M. Jeandelize, A Q.
M. Perrin, I Q.	M. Caussade, A Q.	M. P. Mathieu, A Q.
M. Thiry, ✲, I Q.	M. Barthélemy ✲, A Q.	M. Pesch.

Agrégés libres

MM. G. Gross, ✲, I Q ; Février, G O ✲, I Q, ; G. Michel, ✲ I Q ; Richon, ✲, I Q ; S. Remy, A Q ; Busquet, I Q.

M. H. Coiffard, I Q, Secrétaire.
— *M.* Lambert des Cilleuls, ✲ ⛵, I Q, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de profonde reconnaissance.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FRŒLICH

Professeur de Clinique chirurgicale infantile.

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SIMON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BINET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAIRISE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

AVANT-PROPOS

Avant de quitter la Faculté, nous sommes heureux de pouvoir exprimer tous nos remerciements à M. le professeur Frœlich, qui nous a inspiré le sujet de notre travail, nous a guidé de ses conseils, et a bien voulu être notre président de thèse.

Nous sommes profondément reconnaissant à M. le professeur Simon de l'amabilité avec laquelle il a consenti à faire partie de notre jury.

Nous remercions aussi MM. les professeurs agrégés Fairise et Binet, qui ont bien voulu accepter de juger notre thèse.

Nous garderons le meilleur souvenir de tous nos autres Maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy et nous n'oublierons pas non plus nos Maîtres de l'École de Médecine de Besançon, qui nous ont guidé de leurs conseils au début de nos études médicales.

Nous nous inclinons enfin devant la mémoire des excellents amis du 2e régiment de zouaves et du 100e d'infanterie, tombés au champ d'honneur.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de luxation traumatique de la hanche dans le service de M. le professeur Frœlich, en août 1919, nous avons pensé que, malgré la rareté de cette affection chez l'enfant, il serait intéressant d'étudier cette question. Il est en effet important d'y songer car, si on méconnait la luxation, les conséquences sont désastreuses pour le malade. Il devient un infirme pour une affection qui, diagnostiquée à temps, est très bénigne et se guérit parfaitement.

Nous exposerons tout d'abord pourquoi la luxation traumatique est rare chez l'enfant. Puis, nous rappellerons l'anatomie de l'articulation coxo-fémorale et retracerons la classification et le mécanisme de luxations traumatiques, leurs symptômes, diagnostic, pronostic et traitement. Enfin, nous publierons les quelques observations que nous avons pu recueillir sur ce sujet, et exposerons les conclusions que nous avons tirées de cette étude.

HISTORIQUE

Avant de commencer cette étude de la luxation traumatique de la hanche, il nous faut d'abord définir ce que l'on entend par enfant. Dans tous les traités de médecine infantile, il est d'usage de fixer l'âge de 15 ans comme limite de l'enfance. Au-dessus de 15 ans, commence l'adolescence. Nous n'aurons donc en vue que les luxations traumatiques se produisant chez les enfants, de la naissance à l'âge de 15 ans.

Les luxations traumatiques de la hanche chez l'enfant peuvent être considérées comme une véritable rareté, ainsi que toutes les autres luxations, sauf celles du coude. Tous les auteurs, qui en ont observé, sont unanimes à l'affirmer. Hucter même les niait.

Dans les traités de chirurgie infantile, Karewski, Kirmissou et Denucé ne signalent pas la luxation traumatique de la hanche. De Saint-Germain en a observé un seul cas et rapporté, dans ses leçons cliniques, quatre cas observés par Guersant.

Malgaigne, sur 51 cas, n'en trouve qu'un au-dessous de 15 ans. Krönlein, à la polyclinique chirurgicale de Berlin, n'a trouvé, sur 400 luxations, aucune luxation traumatique de la hanche chez l'enfant.

La statistique d'Astley Cooper est plus favorable, puisque sur 56 luxations coxo-fémorales, 15 sont au-dessous de 12 ans.

Dans ces dernières années, il en a été publié quelques cas en France. M. le professeur Frœlich, dans la *Revue Médicale de l'Est*, en rapporte trois cas : un chez une petite fille de 9 ans, soignée à la clinique chirurgicale infantile de l'Hôpital de Nancy en 1907, un autre chez un garçon de 15 ans, et un troisième chez un enfant de 9 ans, tout récemment, en août 1919.

Nous en avons trouvé aussi un cas publié par Jalaguier dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* ; deux cas de Mouchet et Séguinot dans la *Revue d'Orthopédie* (1910) ; un cas rapporté par Martel dans la *Loire Médicale* (1908) ; un autre de Curtillet et Lombart d'Alger, dans la *Revue d'Orthopédie* (1911). Quelques cas aussi ont été publiés en Angleterre et en Allemagne où Pestchies, dans sa « dissertation de Kœnisberg (1908) » cite un cas personnel de luxation traumatique de la hanche chez un enfant de 6 ans et relate un cas de Volkmann chez un garçon de 9 ans, deux cas de Tuchten chez deux enfants de 8 et 10 ans.

Enfin, Broca dit en avoir observé quatre cas dans

sa longue carrière et Kelley dans un traité américain récent signale seulement leur rareté.

D'où vient donc la rareté des luxations traumatiques de la hanche chez les enfants ?

On a prétendu que chez eux la facilité de la réduction dans les premières heures fait que les blessés n'arrivent pas le plus souvent à l'hôpital et que l'on observe seulement les cas où, le diagnostic n'ayant pas été fait dès le début, la réduction nécessite l'envoi du malade à l'hôpital. Mouchet et Séguinot émettent l'hypothèse que, peut-être, cette rareté est dûe à une cause anatomique spéciale à l'articulation coxo-fémorale de l'enfant. Peut-être, à cet âge, l'élasticité du tissu fibreux permet-elle aux ligaments articulaires de céder sans se rompre à l'action des violences extérieures et de revenir ensuite sur eux-mêmes. Ces auteurs font remarquer que certains enfants présentent en effet une laxité toute spéciale des ligaments.

Cependant, il est beaucoup plus vraisemblable, comme le disent d'ailleurs Mouchet et Séguinot, d'admettre que le violence du choc, qui produit les luxations chez l'adulte, produit chez l'enfant les fractures et surtout les disjonctions épiphysaires.

Cette hypothèse paraît la plus plausible, puisqu'autrefois Ollier, en expérimentant sur le cadavre, avait très rarement pu obtenir des luxations. Il observait surtout des fractures et des décollements épiphysaires. A la hanche en particulier, il n'est point douteux que la fracture soit chez l'enfant plus

fréquente que la luxation, qu'il s'agisse de la fracture proprement dite ou d'un décollement épiphysaire, soit pur, soit accompagné d'un arrachement de parcelle osseuse du col.

C'est probablement cette rareté qui fait que la luxation est assez souvent méconnue du médecin immédiatement appelé. Dans les observations que nous avons recueillies, nous voyons en effet que, dans presque la moitié des cas, on s'est contenté au début du diagnostic de contusion. Ce n'est que devant la persistance des symptômes, surtout devant l'impossibilité du malade de marcher et l'attitude du membre, que l'on a fait un examen complet et reconnu l'existence d'une luxation traumatique.

ETIOLOGIE

Les luxations traumatiques de la hanche se produisent chez l'enfant à tout âge, mais c'est surtout après l'âge de 7 ans, qu'elles s'observent le plus souvent. Hamilton raconte l'histoire d'un médecin américain, qui ayant réduit une luxation de la hanche chez un enfant de 4 ans, fit un procès pour les honoraires. Des experts nommés le déboutèrent de sa demande considérant que 7 ans était la limite d'âge la plus basse à laquelle un traumatisme de ce genre pût se produire.

Depuis les cas de Powdrel, à 6 mois, de Bartels, à 11 mois, de Kirby, à 3 ans, d'Erichsen, à 1 an 1/2, de Schermann, à 4 ans, prouvent que la luxation se montre à tout âge.

Dans les observations que nous avons recueillies, nous trouvons un cas de Clark, à 4 ans, un de Curtillet et Lombart, chez une petite fille de 3 ans 1/2, un de Truchet, à 5 ans, et un de Rœderer, à 4 ans. La luxation traumatique de la hanche s'observe indifféremment chez les garçons et les filles ; elle est presque toujours unilatérale.

Elle s'observe, comme chez l'adulte, à la suite d'un traumatisme, mais ici il y a une différence assez grande selon qu'il s'agit d'un adulte ou d'un enfant.

Tandis que chez l'adulte il faut un traumatisme considérable, chez l'enfant le traumatisme n'a pas toujours besoin d'être intense. Dans plusieurs observations, notamment dans celles rapportées par Rœderer, Martel, Curtillet et Lombart, l'enfant est tombé de sa hauteur. Nous ne relevons de traumatismes vraiment intenses, comparables à ceux que l'on trouve chez l'adulte, que dans les cas cités par M. Frœlich, où, dans l'un l'enfant reçut une rame de planches sur le dos, et dans l'autre un garçon fit une chute de 10 mètres, ainsi que dans un cas de Mouchet, où l'enfant tomba sous un tombereau.

Peut-être peut-on expliquer cette particularité par des raisons d'ordre anatomique.

Au début de sa formation la cavité cotyloïde n'a pas sa forme régulièrement arrondie, en conformité avec la tête fémorale. Elle représente une écuelle regardant en bas et en avant. Cette forme primitive peut persister en partie seulement, donc admettre la tête et ne pas donner lieu à la luxation congénitale, mais prédisposer à la sortie de la tête, qui se produira à l'occasion d'un traumatisme peu intense.

De même chez l'enfant, dans certains cas, le fond de la cavité cotyloïde n'est pas aussi creusé que chez l'adulte, la tête du fémur au lieu de regarder en arrière peut être dirigé un peu en avant et en bas. Il peut se faire que, dans ces conditions, il y ait aussi une prédisposition à la luxation, et qu'il n'y ait pas besoin d'un traumatisme aussi violent que chez l'adulte.

ANATOMIE

Il nous semble intéressant, avant d'aborder la classification et le mécanisme des luxations traumatiques, de rappeler quelques notions d'anatomie concernant l'articulation coxo-fémorale.

L'articulation de la hanche est une cinarthrose. Elle a pour surfaces articulaires la cavité cotyloïde de l'os coxal surmontée du bourrelet cotyloïdien d'une part, et la tête du fémur d'autre part.

Ces deux surfaces articulaires sont unies l'une à l'autre par deux ligaments ; un périphérique, la capsule articulaire renforcée extérieurement de faisceaux ligamenteux, et un intra-articulaire, le ligament rond.

Capsule. — La capsule ne présente pas de particularités bien frappantes chez l'enfant. Comme chez l'adulte, elle revêt la forme d'un manchon tronconique plus étroit à son insertion fémorale qu'à son insertion cotyloïdienne. Les insertions cotyloïdiennes de la capsule se font sur le pourtour du sourcil de la cavité cotyloïde et sur la face externe du bourrelet avoisinant l'os. Au niveau de l'échancrure ischio-

pubienne, elle s'attache sur le ligament transverse de l'acétabulum.

Les insertions fémorales diffèrent selon que l'on envisage la partie antérieure et la partie postérieure. En avant la capsule s'insère sur la ligne oblique du fémur et adhère à l'os d'une façon intime. En arrière elle s'insère à l'union du tiers externe et des deux tiers internes du col et n'adhère que faiblement à l'os. Elle s'étend donc beaucoup plus loin sur la face antérieure du col que sur la face postérieure.

La capsule de la hanche est constituée par deux plans de fibres : un plan profond composé de fibres circulaires et un plan superficiel formé de fibres longitudinales qui se confondent avec les divers faisceaux de renforcement.

Ligaments de renforcement. — Les faisceaux ligamenteux qui renforcent extérieurement la capsule sont au nombre de trois.

Le ligament ischio-fémoral, situé à la partie postérieure et inférieure de l'articulation, part de la gouttière sous-cotyloïdienne et de la portion du sourcil située au-dessus de cette gouttière, se porte obliquement en haut et en dehors et se termine sur le bord antérieur de la cavité digitale du grand trochanter.

Le ligament ilio-fémoral (ligament de Bertin, ligament en Y de Bigelow) est le plus important. Il prend naissance au-dessous de l'épine iliaque antérieure et inférieure, se porte en bas et en

dehors, et s'attache à la façon d'un éventail sur la ligne oblique du fémur.

Relativement mince à sa partie moyenne, il est très épais dans des portions supérieure et inférieure, de sorte qu'on peut lui considérer deux faisceaux distincts : un faisceau supérieur horizontal et un inférieur presque vertical.

Le ligament pubo-fémoral nait en avant de l'articulation sur l'éminence ilio-pectinée, la crête pectinéale, le corps du pubis et se termine dans la fossette pré-trochantérienne.

Ces trois ligaments se tendent dans les divers mouvements de l'articulation. Ce sont véritablement les « freins » de l'articulation. Le ligament ischio-fémonal limite les mouvements de rotation du fémur en-dedans.

Le faisceau supérieur horizontal du ligament de Bertin limite les mouvements d'adduction et de rotation en dedans ; le faisceau inférieur, vertical de ce même ligament modère les mouvements d'extension. Quant au ligament pubo-fémoral il se tend dans l'abduction et ainsi contribue à limiter ce mouvement.

Ainsi renforcée la capsule articulaire de la hanche est remarquable par son épaisseur et sa résistance. D'où nécessité d'un grand traumatisme pour qu'elle se déchire et que la luxation se produise.

Chez l'enfant les ligaments n'ont encore pas la résistance qu'ils auront plus tard. C'est ce qui fait

que le traumatisme n'a pas besoin d'être aussi important.

L'épaisseur de la capsule n'est pas partout la même. Elle atteint son maximum à la partie supérieure de l'articulation. Par contre, à sa partie antérieure, entre le ligament pubo-fémoral et le ligament ischio-fémoral ; c'est en ce point qu'elle est le plus mince. Aussi c'est ce qui explique pourquoi, dans les luxations, l'issue de la tête fémorale commence presque toujours par en bas.

CLASSIFICATION ET MÉCANISME

Le plus souvent la luxation se produit l'enfant tombant la jambe repliée sous lui, la cuisse étant en adduction forcée. L'extension forcée est en cause dans quelques cas, où l'enfant a fait une chute, la jambe prise dans un échelon ou une trappe de cave. Tel est le cas dans une observation de M. le professeur Frœlich. Enfin plus rarement c'est par choc direct sur la cuisse que la luxation se produit. C'est ce que nous voyons dans l'observation publiée par Clark.

Dans la grande majorité des cas la luxation se produit en arrière. Dans nos treize observations nous ne pouvons, en effet mentionner qu'un seul cas de luxation en avant, rapporté par M. Frœlich à la Société de Médecine de Nancy en 1911. Toutes les autres se sont faites en arrière dans la fosse iliaque.

Comment la tête fémorale sort-elle de la capsule et pourquoi vient-elle occuper une position nouvelle presque toujours la même dans chaque type de luxation ?

Avant Bigelow on mettait tout sur le compte du traumatisme. C'était le traumatisme qui chassait la la tête hors de la cavité cotyloïde en déchirant la capsule à un endroit quelconque pour la loger directement en dedans ou en dehors, au-dessus ou au-dessous du cotyle.

C'est Bigelow qui a eu le mérite, en se basant sur des données anatomiques, d'établir que presque toujours la sortie de la tête se produit au même point, à la partie la plus déclive de la cavité articulaire. Donc la luxation est primitivement sous-cotyloïdienne, puis secondairement la tête se place en avant ou en arrière du cotyle.

Cette position secondaire de la tête est-elle même réglée par le ligament en Y, qui impose au membre une position toujours fixe pour une situation donnée de la tête fémorale.

Depuis Bigelow on divise donc les luxations en deux grandes classes.

1) Les luxations en dehors de la cavité cotyloïde, luxations postérieures ou dorsales.

2) Les luxations en dedans de la cavité cotyloïde, luxations antérieures ou obturatrices.

Si le ligament en Y vient à être déchiré par la violence du traumatisme, on peut constater des variations très grandes dans les attitudes du membre et les symptômes de la luxation. On a alors les luxations irrégulières très rares que nous n'avons pas trouvé mentionnées chez l'enfant.

La tête fémorale sort le plus souvent par une

déchirure inférieure de la capsule. La cuisse étant portée dans la flexion forcée sur le bassin, la tête fémorale fait saillie à la partie inférieure de l'acétabulum et distend la portion inférieure de la capsule, la plus mince et la moins résistante. Si l'effort continue, la capsule cède en ce point et la tête rompant en même temps ses attaches au ligament rond, s'échappe et vient se placer au-dessous de la cavité cotyloïde.

Très rarement la luxation s'arrête à ce stade. Habituellement la continuation de la violence extérieure, qui a produit le déplacement, le moindre effort fait pour bouger le membre où même l'action seule du poids du corps, suffisent à faire glisser la tête en arrière ou en avant du cotyle et à donner naissance aux deux groupes de luxations généralement observées.

Luxations postérieures. — Si le membre inférieur obéissant à la pesanteur ou à la force traumatique est porté dans l'adduction et l'extension, la tête remonte derrière l'acétabulum, désinserrant la capsule jusqu'au moment où elle est arrêtée par un obstacle, le tendon de l'obturateur interne. C'est la luxation ischiatique. Le ligament en Y intact fixe la cuisse en flexion et rotation interne.

La tête ne reste pas toujours dans cette position. Si la violence a été plus grande, le tendon de l'obturateur interne ainsi que la partie postérieure de la capsule cèdent, et la tête déplacée peut remonter

plus haut, et se fixer en arrière de la partie supérieure de la cavité cotyloïde. Mais dans ce cas la cuisse est en extension. En effet l'ascension de la tête derrière le cotyle permise par la déchirure de l'obturateur interne et de la partie postérieure de la capsule, relâche le faisceau vertical du ligament en Y et l'extension est possible. Par contre le faisceau horizontal reste tendu et commande la rotation interne.

Dans certains cas très rares, si le faisceau horizontal du ligament en Y est déchiré, on peut rencontrer la luxation en arrière avec extension et rotation en dehors.

Luxations antérieures. — Si l'extension de la cuisse, au lieu de s'accompagner d'un mouvement d'adduction, se combine à un mouvement d'abduction, la tête du fémur est portée en avant et en haut. Elle peut s'arrêter au niveau du trou ovale. La résistance de la portion antérieure de la capsule, qui n'a pas été déchirée, et le point d'appui que la tête prend sur le bord antérieur de la cavité cotyloïde la maintiennent dans la fosse ovale et l'empêchent de remonter plus haut. Le membre est alors fléchi, parce que le faisceau vertical du ligament en Y tendu au maximum empêche le col de s'abaisser : la cuisse est en abduction et rotation externe, par suite de la tension des muscles pelvi-trochantériens. Les vaisseaux fémoraux sont en dedans de la tête. C'est la luxation basse.

La partie antéro-interne de la capsule vient-elle à être déchirée, la tête fémorale à toute latitude pour remonter plus haut, et s'arrête au devant de la branche horizontale du pubis. Les vaisseaux fémoraux sont alors en avant et même en dehors de la tête. Le membre est dans l'extension, l'abduction et la rotation externe. Il paraît raccourci. C'est la luxation haute, ou pubienne.

SYMPTOMES

Le tableau symptomatique de la luxation traumatique de la hanche est le même chez l'enfant que chez l'adulte. Aussi nous ne ferons que résumer rapidement les principaux symptômes.

Il semble, selon les observations, que le gonflement est toujours considérable, la douleur articulaire et para-articulaire vive, l'impotence plus ou moins prolongée. Tous ces symptômes sont communs à tous les grands traumatismes de la hanche.

Les mouvements provoqués sont très limités, mais peu douloureux, quand on les exécute avec une certaine douceur.

Ce qui caractérise la luxation de la hanche, c'est l'attitude vicieuse du membre inférieur. L'attitude vicieuse dans laquelle le membre est fixée est le symptôme capital.

Dans les luxations postérieures, qu'elles soient ischiatiques ou iliaques, le membre inférieur se met en rotation en dedans et en adduction, suivant le mécanisme et pour les raisons énoncées dans le chapitre précédent. La flexion est manifeste dans l'ischiatique, moins prononcée dans l'iliaque au

point de simuler l'extension, si le malade est examiné couché, par suite de l'établissement d'une lordose compensatrice.

Le raccourcissement est variable, en général, léger dans l'ischiatique : 1 à 2^{cm} ; beaucoup plus considérable dans l'iliaque : 5 à 7^{cm}.

A la palpation, on perçoit la tête fémorale dans la fosse iliaque. Le sommet du grand trochanter dépasse nettement la ligne de Nélaton-Roser, tandis que normalement, la cuisse étant fléchie sur le bassin, il doit l'effleurer.

Dans les deux variétés ischiatique et iliaque, l'abduction est impossible, la flexion très limitée. Comme il y a un certain raccourcissement, le malade examiné debout tient le pied en équinisme.

Dans les luxations antérieures, qu'elles soient obturatrices ou pubiennes, le membre inférieur se met en abduction et en rotation en dehors.

La fluxion est marquée dans l'obturatrice ; au contraire, l'extension caractérise la variété pubienne.

A la palpation, la tête fémorale est perçue devant le trou ovale ou au-devant du pubis. L'adduction et la rotation interne sont impossibles. Le raccourcissement semble être commun aux deux formes de luxations antérieures. Cependant, un certain nombre d'auteurs décrivent un allongement dans l'obturatrice.

Enfin, dans tous les cas, la radiographie nous montre le cotyle déshabité et la tête dans une situation anormale.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic différentiel de la luxation traumatique de la hanche doit être fait avec la contusion, l'entorse de la hanche et la fracture du col du fémur.

La contusion simple ou accompagnée d'entorse peut déterminer des symptômes : impotence, douleurs, tuméfaction, attitude vicieuse, simulant momentanément la luxation.

C'est même avec la contusion que l'erreur est la plus fréquente et nous en trouverons plusieurs exemples dans les observations publiées plus loin.

Le diagnostic est assez facile, si un examen minutieux est pratiqué. En effet, dans la contusion la tête est en place, le grand trochanter effleure la ligne de Nélaton-Roser, et en agissant doucement il est possible de faire exécuter à l'articulation tous les mouvements habituels. En cas de doute, il serait prudent de faire exécuter une radiographie, au lieu d'accepter à la légère le diagnostic de contusion. Les fractures du col du fémur sont plus difficiles à différencier de la luxation. Cependant les fractures se voient plutôt chez les personnes âgées, elles sont rares chez l'enfant. Le raccourcissement est moins manifeste. La jambe se met généralement en rotation externe, tandis que dans les luxations cette attitude

ne se rencontre que dans la variété obturatrice, qui est un peu fréquente.

Même dans ce dernier cas, il est encore facile de faire le diagnostic, car il y a abduction forcée et on perçoit, à la palpation, la tête fémorale en avant du trou ovale, tandis qu'il y a un vide, un affaissement dans le triangle de Scarpa, par suite de l'absence de la tête.

La rotation interne peut exister dans la fracture extra-capsulaire par engrènement, mais alors on ne sent pas la tête rouler dans la fosse iliaque, tandis qu'on la perçoit à sa place habituelle. De même, le grand trochanter et la ligne de Nélaton ont conservé leurs rapports normaux. Enfin, la radiographie est à employer dans tous les cas douteux.

Une autre affection peut encore prêter à confusion et être une cause d'erreur. Nous voulons parler de la « luxation centrale » du fémur, caractérisée par la fracture isolée de la cavité cotyloïde et la pénétration de la tête fémorale à l'intérieur du bassin. Cette affection peut se rencontrer dans l'enfance. Dans la *Revue d'Orthopédie* de décembre 1918, M. Frœlich rapporte un certain nombre d'observations de luxation centrale, dont deux de Judet chez des enfants de 8 ans. C'est à la radiographie qu'il faut s'adresser pour avoir le diagnostic exact.

Le diagnostic de la variété de luxation est simple. Il suffit de se rappeler l'attitude vicieuse qui caractérise chaque variété.

COMPLICATIONS

Les complications portent sur le squelette, les vaisseaux et les nerfs.

Du côté du squelette on rencontre surtout des fractures portant soit sur le fémur, soit sur le bassin.

Les fractures de la diaphyse fémorale peuvent exister au moment de la luxation et être produites par le traumatisme, ou se produire au cours des manœuvres de réduction. Elles gênent la réduction et nécessitent une immobilisation beaucoup plus longue.

Les fractures du col sont plus redoutables, car la réduction manuelle est alors impossible.

Du côté du bassin la lésion la plus fréquente est la fracture du sourcil cotyloïdien. Elle empêche la contention de la réduction. La radiographie est d'un grand secours, mais la persistance d'un point douloureux très net au niveau de la crête pectinéale et l'apparition tardive d'une ecchymose périnéale doivent en faire supposer l'existence. Enfin le fond du cotyle peut être fissuré et laisser passer la tête fémorale dans le bassin. C'est ce qui est désigné sous le nom de « luxation centrale ».

Ces complications ne semblent pas être fréquentes. Nous n'en avons vu mentionner aucune. Curtillet et Lombart rapportent le cas d'une petite fille chez laquelle plusieurs tentatives de réduction furent infructueuses. De même Martel cite le cas d'un petit garçon, chez qui deux fois la luxation se reproduisit après réduction. Dans ces deux obvservations la radiographie montra qu'il n'existait aucun trait de fracture sur le sourcil cotyloïdien, malgré les présomptions que l'on avait.

Les vaisseaux sont très rarement atteints, car ils résistent à l'action des traumatismes, grâce à leur élasticité. Parfois l'artère fémorale peut être rompue et donner naissance à un anévrysme diffus. Enfin il a été signalé des embolies au cours des manœuvres de réduction.

Les nerfs sont un peu plus souvent touchés. Le sciatique est le plus exposé. Il peut subir une élongation brusque dans les manœuvres de réduction, et d'autre part sa compression persistante détermine des douleurs continues dans la luxation ancienne.

Parfois il peut exister une certaine raideur de l'articulation après la réduction et une limitation plus ou moins prononcée des mouvements se passant dans l'articulation coxo-fémorale.

En réalité c'est très rare aussi. Dans une seule observation rapportée par Séguinot nous voyons mentionner une légère raideur de la hanche persistant encore 3 mois après la réduction.

PRONOSTIC

Le pronostic de la luxation traumatique de la hanche est chez l'enfant très bénin, beaucoup plus que chez l'adulte. La réduction immédiate est en général très facile, et, après deux ou trois semaines d'immobilisation, les fonctions sont récupérées.

Dans toutes les observations que nous avons réunies, nous constatons en effet que, chaque fois que le diagnostic précoce a été fait, la réduction n'a souffert aucune difficulté. Les auteurs font tous remarquer cette facilité de réduction sans anesthésie par les procédés classiques.

De Saint-Germain en particulier, dans son traité de chirurgie, après avoir rapporté les cas observés par Guersant, fait remarquer que ce qui frappe surtout, c'est l'extrême bénignité de la lésion, la facilité de réduction avec les mouvements conservés dans la plupart des cas.

Pour Atley Cooper les luxations postérieures iliaques seraient les plus difficiles à réduire. Il ne semble pas qu'il en soit ainsi, car parmi les douze cas de luxations iliaques, que nous avons résumés

plus loin, nous n'en trouvons aucun ayant nécessité des tentatives nombreuses où des manœuvres spéciales. Toutes les réductions se sont faites facilement. Dans deux cas seulement la luxation s'est reproduite, et a été réduite définitivement à la deuxième intervention par les procédés ordinaires.

Bien plus, dans plusieurs de ces observations, les luxations dataient de plusieurs semaines, et même de plusieurs mois. Pour l'adulte, après deux où trois mois, les luxations deviennent souvent irréductibles, chez l'enfant il en est tout autrement.

M. le professeur Frœlich a été amené à pratiquer la réduction chez un enfant de 9 ans, six semaines après l'accident. L'opération se fit très facilement et à la première tentative sous anesthésie.

Chez un autre enfant, M. Frœlich tenta la réduction cinq semaines après le traumatisme initial. Dans ce cas, comme dans le précédent, il obtint une réduction facile et parfaite. Les résultats ont été confirmés chaque fois par la radiographie.

Dans la revue d'orthopédie (1911), Curtillet et Lombart attirent aussi l'attention sur la facilité avec laquelle a pu être réduit un déplacement datant de 80 jours, et cela malgré la production d'une arthrite traumatique consécutive à la première réduction et malgré la reluxation qui en a été la conséquence. Ils font remarquer en outre que cette arthrite et cette reluxation n'ont causé qu'un léger retard dans la marche vers la guérison définitive.

Un autre point sur lequel il convient d'attirer

l'attention, c'est la très rapide et très complète adaptation fonctionnelle dont fait montre la hanche en position nouvelle, et sur ce point encore la luxation traumatique de la hanche paraît plus bienveillante que chez l'adulte.

Ceci est nettement mis en évidence dans deux observations rapportées, l'une par Mouchet, l'autre par Rœderer.

Mouchet cite le cas d'un garçon de 15 ans, qui se luxa la hanche vers l'âge de 5 ans. Cet enfant ne resta au lit qu'une quinzaine de jours, puis commença par se lever et marcher progressivement. Quand l'auteur fut amené à l'examiner, dix ans après, à part le raccourcissement, le fonctionnement de la hanche était très satisfaisant.

Rœderer fit la même constatation chez une petite fille de 10 ans, qui eut un accident à l'âge de 4 ans, à la suite duquel on constata une luxation. L'enfant boite, mais les mouvements de l'articulation sont faciles, sauf ceux d'abduction et de flexion, qui sont assez limités.

TRAITEMENT

A moins qu'on ait l'heureuse fortune de traiter le blessé immédiatement après l'accident, alors qu'il est encore en état de stupeur, ce qui ne se réalise presque jamais dans la pratique, il est indispensable de pratiquer l'anesthésie générale.

En ce qui concerne les manœuvres de réduction proprement dites, il convient de distinguer entre les luxations récentes et les luxations datant de plusieurs jours ou de plusieurs semaines.

Dans les luxations récentes tous les chirurgiens emploient le procédé que l'on désigne dans les traités classiques sous le nom de « manœuvres de douceur ».

Il faut faire parcourir à la tête fémorale le chemin qu'elle a suivi, mais exactement en sens inverse. La tête a déchiré, pour sortir de la cavité, la partie inférieure de la capsule, il faut donc la ramener en face de cette ouverture traumatique, d'où flexion de la cuisse. Puis, pour la faire réintégrer le cotyle, l'élévation de la cuisse, combinée à un mouvement de rotation inverse de celui dans lequel la cuisse est fixée, est nécessaire.

Les auteurs classiques enseignent qu'il est nécessaire, pour exécuter ces mouvements, de faire coucher le blessé sur un matelas étendu par terre. Un aide appuie avec la paume de chaque main sur les épines iliaques antérieures et supérieures, de façon à maintenir solidement le bassin du malade. La cuisse est alors fléchie sur le bassin, la jambe pliée sur la cuisse. Le chirurgien se baisse, engage son avant-bras sur le jarret fléchi, puis, se redressant brusquement, porte en haut le fémur. La tête ramenée par la flexion de la cuisse au niveau de la déchirure capsulaire est projetée dans la cavité par le mouvement d'élévation.

Si l'on se trouve en présence d'une luxation en arrière, il faut en même temps qu'on élève la cuisse, la porter dans l'abduction et la rotation externe. Si c'est une luxation antérieure, il faut mettre la cuisse dans l'adduction et la rotation interne. Malgaigne conseille la manœuvre suivante. Etant à genoux, il faut placer le jarret fléchi sur son épaule, en faisant fixer fortement par un aide contre son dos la jambe du malade fléchie, puis se redresser lentement, ce qui donne une force considérable à la traction sur le membre.

Des tractions mécaniques avec des poulies mouflées, le trépied de Bigelow sont aussi préconisées, mais il est vrai, rarement employés à l'heure actuelle.

Dans les luxations anciennes, M. le Professeur Frœlich se sert simplement de la jambe fléchie sur le genou et de la cuisse comme bras de levier pour

obtenir la réduction. Ce procédé lui a donné de très bons résultats, à l'avantage d'être beaucoup plus simple, et de ne pas nécessiter un personnel très nombreux. Il est beaucoup plus facile à employer en pratique.

Mais des manœuvres préliminaires sont nécessaires. M. Frœlich insiste particulièrement sur ce point, qui pour lui est la partie essentielle du procédé. Les classiques signalent à peine ce traitement préliminaire sous le nom de « quelques mouvements de circumduction ».

Parmi les auteurs qui ont signalé des luxations traumatiques de la hanche chez l'enfant, seuls Cortillet et Lombart en parlent dans un article paru dans la *Revue d'Orthopédie* (1911). Ces auteurs attribuent la facilité avec laquelle a pu être réduite une luxation datant de 80 jours à la rupture préalable et complète des tendons du muscle adducteur. Pour eux aussi cette manœuvre est indispensable ; associée aux mouvements qui amènent l'assouplissement des résistances ligamenteuses, elle mobilise au maximum la tête fémorale en supprimant la corde musculaire, qui la fixe dans sa position vicieuse en arrière du cotyle.

Voyons donc en quoi consiste la manœuvre préliminaire préconisée par M. le Professeur Frœlich.

Selon M. Frœlich, il faut avant toute tentative de réduction, le sujet étant chloroformisé, rompre les adhérences s'il en existe ou mobiliser la tête du fémur par des mouvements d'amplitude progressive

de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction, de rotation interne et de rotation externe. Il faut, selon l'expression de M. Frœlich, « pomper » avec le membre luxé jusqu'à ce que l'on puisse facilement faire manœuvrer la tête du fémur dans tous les sens. Il est naturellement nécessaire d'exécuter tous ses mouvements sans à-coup, sans trop de violence, pour ne pas occasionner une fracture du col du fémur.

Ce n'est qu'après cette préparation, qui peut être longue dans certains cas, qu'il convient de réduire par les trois mouvements suivants :

1° Flexion extrême de la cuisse sur le bassin ;

2° Abduction extrême ;

3° Rotation externe, si l'abduction n'a pas déjà produit la réduction, et enfin extension de la cuisse, qui se produit toute seule.

La flexion extrême abaisse la tête fémorale jusqu'au niveau de la cavité cotyloïde, l'abduction lui fait franchir le bord postérieur de la cavité ou la place au-dessous de cette dernière, enfin la rotation externe lui fait franchir le bord inférieur de la cavité et la rentre dans le cotyle.

Il s'agit de la variété la plus fréquente de luxations, la luxation en arrière. Dans les autres variétés il conviendrait d'exécuter les mouvements particuliers à chaque cas en se basant sur l'attitude du membre et se rappelant le mécanisme suivant lequel s'est produit la luxation.

Traitement consécutif. — Après la réduction une immobilisation de 10 à 15 jours est nécessaire dans un appareil plâtré à 35 ou 40°. La guérison complète survient dans la presque totalité des cas. Il est très rare, même s'il s'agit d'une luxation ancienne, qu'une ankylose, ou même une limitation notable de l'amplitude des mouvements persiste.

Si l'on craint une fracture du cotyle il sera bon de faire de l'extension continue pendant une dizaine de jours.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

De M. le professeur Frœlich (*Bulletin de la Société de Médecine de Nancy*. 27 *février* 1907)

Petite fille de 9 ans, tombée dans une étroite trappe de cave, trois semaines avant son entrée à l'hôpital. La jambe gauche était restée en abduction hors de la trappe, puis ensuite était allée rejoindre, après s'être fléchie, le reste du corps dans la cave.

A son entrée au service de chirurgie infantile, la cuisse était fléchie sur le bassin ; elle était en adduction et rotation interne. La tête fémorale était facile à sentir par le palper dans la fosse iliaque externe ; le trochanter dépassait la ligne de Nélaton de 5^{cm}.

M. le professeur Frœlich tenta de réduire sous anesthésie par la flexion, l'abduction et la rotation externe, crut y être arrivé et immobilisa la hanche en abduction dans un appareil plâtré. Mais à la radiographie il existait encore une luxation sous-cotyloïdienne.

On chloroformise l'enfant et réduction définitive avec les mêmes manipulations classiques.

Sur radio il n'existe aucune fracture du rebord cotyloïdien.

Au bout de trois semaines de lit sans appareil, l'enfant marchait normalement.

OBSERVATION II

Luxation traumatique de la hanche chez un enfant de 9 ans

(M. le professeur Frœlich. *Société de Médecine de Nancy* 1er août 1919)

Enfant de 9 ans, qui était accroupi, reçut une rame de planches sur le dos. Il resta sans traitement pendant six semaines, le médecin n'ayant diagnostiqué qu'une contusion.

A son entrée au service de chirurgie infantile, le diagnostic de luxation était probable, sinon tout à fait certain. Une radiographie montre une luxation iliaque en arrière et un peu en haut de la hanche droite.

L'enfant fut chloroformé et la réduction se fit facilement.

OBSERVATION III

De M. Frœlich (*Société de médecine de Nancy, 1911*)

Il s'agit d'un jeune garçon de 15 ans, originaire des environs de Sarrebourg qui, le 1er septembre 1911, tomba d'une hauteur de dix mètres dans la montagne et se démit la hanche.

Pendant quinze jours il fut traité par un rebouteur, puis fut transporté à Strasbourg, à la clinique chirurgicale, où, deux fois, à dix jours d'intervalle on le chloroforma pour essayer de réduire la luxation, sans y réussir. On lui proposa alors une opération sanglante, qu'il refusa.

Le 10 octobre, il vint à Nancy ; il marchait avec deux béquilles. La jambe gauche, malade, était en flexion à 50° en abduction très prononcée et en rotation externe. La jambe était très douloureuse d'une façon constante et était le siège de lancées très pénibles.

Une radiographie confirma le diagnotic de luxation ovalaire.

Le 11 octobre, tentative de réduction sous chloroforme plus de cinq semaines après l'accident.

M. Frœlich commença par mobiliser la jointure comme pour une luxation congénitale âgée ; quand l'articulation fut souple, il exagéra la flexion, l'abduction et la rotation externe, puis fit de l'adduction, de la rotation interne, enfin de l'extention.

La réduction se fit très facilement, et avec un effort minime mais sans craquement caractéristique.

Immobilisation plâtrée pendant quinze jours.

Une radiographie faite à travers le plâtre montre une réduction parfaite.

La hanche resta raide pendant quelques jours, puis les mouvements revinrent progressivement.

Actuellement l'état du malade est tout à fait normal.

OBSERVATION IV

Luxation traumatique ancienne de la hanche gauche (Variété iliaque)

(Observation recueillie par M. Mouchet en mai 1902 dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Le Dentu, à l'Hôpital Necker), *Revue d'Orthopédie* 1910, page 553.

Garçon de 15 ans très vigoureux. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Excellent état général. Pas de maladie fébrile dans l'enfance,

La luxation iliaque actuellement constatée à la hanche gauche remontait, au dire des parents, à une chute faite par l'enfant à l'âge de 5 ans, de la hauteur d'une voiture. On remarqua aussitôt après la chute, en même temps que de violentes contusions locales, une déformation de la hanche gauche. L'enfant resta au lit seulement une quinzaine de jours, après quoi on commença à le lever. Il marcha d'abord avec grand'peine en boitant et on était souvent obligé de le porter. Peu à peu la marche devint plus aisée, sans qu'on ait fait subir de traitement spécial à l'enfant.

Actuellement ce jeune homme a le membre gauche plus court que le droit (environ 6^{cm}) atrophie musculaire de tout le membre, mais surtout prononcé sur le segment fémoral (6^{cm} de différence dans la circonférence de la cuisse mesurée au même niveau à droite et à gauche — 2^{cm} seulement au niveau du mollet).

L'attitude générale du membre gauche est en extension et adduction légère. Pas de flexion de la cuisse sur le bassin.

La fesse est aplatie ; le pli fessier remonté. Le grand trochanter est nettement situé au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser, et on sent la tête fémorale rouler dans la fosse iliaque externe très haut (la luxation est plus supérieure que postérieure).

Lorsque le sujet se tient debout, il appuie principalement sur le membre droit. Il porte le pied gauche en équinisme pour corriger le raccourcissement. Scoliose lombaire de compensation. Pas de déhanchement dans la marche. Le mouvement d'adduction de la hanche est normale, mais l'abduction est extrêmement limitée ; la flexion ne peut dépasser l'angle droit. L'extension est normale ; la rotation en dedans est un peu limitée, la rotation en dehors très limitée.

A part le raccourcissement, le fonctionnement de la hanche luxée est très satisfaisant et le sujet pas plus que les parents, ne désirent une opération.

OBSERVATION V

Luxation traumatique récente de la hanche droite chez un garçon de 9 ans. (Variété iliaque)

(Observation recueillie par M. Séguinot dans le service de M. le Docteur Villemin à l'Hôpital Bretonneau),

B..... Robert, 9 ans. Antécédents personnels : Rougeole à 4 ans. L'enfant est tombé sous un tombereau, la cuisse en flexion et en adduction. Il ne peut pas se relever. On l'amène à l'Hôpital Bretonneau six heures après l'accident, le 26 août 1909.

Je constate alors que le membre inférieur droit est en légère flexion, en adduction et rotation en dedans. Le genou touche la cuisse saine au-dessus de la rotule. Il y a un raccourcissement de 5cm. La tête fémorale est sentie dans la fosse iliaque externe ; le grand trochanter est nettement remonté au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser. Les mouvements provoqués sont douloureux ; le mouvement d'abduction est impossible.

Dès l'entrée, il est fait un essai de réduction par des mouvements de flexion, d'élévation et d'abduction et j'ai nettement la perception d'un ressaut. La tête file sous la cavité cotyloïde. Le membre se met en abduction, rotation externe et demi-flexion.

Les adducteurs sont tendus : les mouvements d'adduction impossibles. D'Iliaque qu'elle était, la luxation est devenue ovalaire sous les efforts de réduction. Nouvel essai de réduction infructueux. L'examen radiographique montre la tête fémorale en position ovalaire.

Le lendemain matin, nouvel essai de réduction sous anesthésie générale. J'imprime à la cuisse des mouvements de flexion, adduction et rotation en dedans. La tête fémorale file facilement dans la cavité cotyloïde. Un nouvel examen radiographique montre que la réduction est parfaite.

Immobilisation pendant 8 jours, puis mobilisation et massage. L'enfant est vu 3 mois après : il conserve encore une légère raideur de la hanche, mais il marche facilement.

OBSERVATION VI

Un cas de luxation traumatique de la hanche chez un enfant de 4 ans.

(A. Clark, *The Bret. Méd. Journal*, 28 mars 1896).

2 jours avant son entrée à l'Hôpital, ce jeune enfant de 4 ans ouvrait la porte d'un hangard, lorsqu'une planche glissa et le fit tomber sur le genou droit, en le cognant fortement contre la porte. On le mit immédiatement au lit, car il était incapable

de remuer la jambe et de marcher. On croyait à une contusion du genou.

A son entrée à l'hôpital, genou et hanche droits étaient fléchis, mais on pouvait facilement étendre le genou, qui, du reste, était normal. Le pied était dans la rotation en dedans, et la cuisse en adduction et croisée sur celle du côté opposé. Il y avait deux pouces de raccourcissement. Le sommet du grand trochanter était aussi à deux pouces au-dessus de la ligne de Nélaton et il y avait tous les signes d'une luxation en arrière.

On endormit l'enfant, et, sans grande difficulté, la luxation fut réduite par de simples manipulations. On immobilisa pendant quelques jours le membre à l'aide d'une attelle de Liston.

OBSERVATION VII

Luxation traumatique de la hanche chez une petite fille de 3 ans 1/2. Réduction non sanglante 80 jours après l'accident.

(MM. Curtillet et Lombart)

Une petite fille de 3 ans 1/2, G..... Anna, sans antécédents pathologiques et n'ayant jamais présenté le moindre trouble de la démarche, fait une chute, le 3 décembre 1910. En sautant d'un bloc de pierre sur un autre, elle tombe, la jambe droite repliée sous elle et fléchie. La mère la relève et essaie de la faire marcher. L'enfant qui souffre beaucoup, ne veut pas se tenir debout, et depuis cette époque garde le lit.

Elle entre à l'hôpital d'Alger, le 21 février 1911, présentant tous les signes d'une luxation de la hanche droite. Le médecin qui la conduit, nous apprend que plusieurs tentatives de réduction sont demeurées infructueuses.

Le membre inférieur droit, en adduction et rotation interne, est raccourci. La racine de la cuisse est déformée, élargie, transversalement, le trochanter saillant : le pli inguinal transformé en un profond sillon. La fesse est aplatie, le pli fessier surélevé. De l'épine iliaque antérieure et supérieure à la pointe

de la malléole, le membre droit mesure 40^{cm}; le gauche 42^{cm}50. Le grand trochanter dépasse de 2^{cm}5 la ligne de Nélaton-Roser. A la palpation, le cotyle est déshabité, et la tête fémorale roule dans la fosse iliaque externe. L'abduction est impossible.

L'adduction et la flexion sont très difficiles. La radiographie montre que la cavité cotyloïde vide présente une forme normale, que la tête luxée a ses caractères habituels, et nulle part on ne peut découvrir la trace d'une fracture.

Le 22 février, on procède sous anesthésie à la réduction de la luxation.

On provoque d'abord la rupture des tendons adducteurs en amenant progressivement la cuisse en abduction forcée. De grands mouvements dans tous les sens achèvent d'assouplir les résistances fibreuses. La tête fémorale est alors amenée par flexion et abduction au contact du cotyle, dont une main retro-trochantérienne lui fait franchir le rebord. Le membre est immobilisé dans un appareil plâtré en légère abduction.

L'appareil est enlevé le 5 mars. L'enfant a immédiatement beaucoup souffert. Son membre s'est progressivement placé en adduction, et la luxation s'est reproduite.

Nouvelle réduction sous anesthésie et nouvelle immobilisation en abduction dans un appareil plâtré. Le plâtre est enlevé le 8 avril et le membre immédiatement en extension continue. Le 15 avril, on a commencé à mobiliser la jointure et le 10 mai, l'enfant quitte le service guéri.

OBSERVATION VIII

Luxation traumatique de la hanche chez un enfant de 6 ans.

(Martel. *Loire Médicale*, 1908, page 303.)

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ni personnels. L'enfant a toujours joui d'une excellente santé et n'a jamais présenté antérieurement de troubles de la marche.

Deux mois environ avant son entrée à l'hôpital, le petit malade jouant avec ses camarades, l'un d'eux saute brusque-

ment sur lui à l'improviste ; l'enfant ne peut se relever et on le ramène à ses parents.

Ceux-ci appellent un médecin qui diagnostique une luxation de la hanche et la réduit. Quelques jours après, l'enfant ayant essayé de marcher, la luxation se reproduit. On appelle à nouveau le médecin qui réduit la luxation une seconde fois. Une seconde fois, dès les premières tentatives de marche, la luxation se reproduit, si bien que le petit malade est envoyé à l'hôpital.

A son entrée, l'enfant ne peut marcher sans être soutenu. La cuisse est en flexion légère, en adduction très prononcée, le pied en rotation interne. Le grand trochanter fait une saillie très accusée et se trouve nettement situé au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser. Le membre inférieur présente un raccourcissement de 3^{cm}. On ne peut faire exécuter des mouvements spontanés à l'enfant. Les mouvements provoqués sont très limités et paraissent douloureux.

Pas de douleur lorsque le membre est au repos. Pas de ganglions, soit au niveau de l'aîne, soit dans la fosse iliaque correspondante. Pas d'atrophie du membre inférieur; réflexes rotulien et plantaire normaux.

La radio montre que la tête fémorale se trouve hors de la cavité cotyloïde, au-dessus du cotyle, dans la fosse iliaque droite externe. La tête fémorale est normale. Le cotyle ne présente aucune altération pathologique.

Réduction facile sous anesthésie et appareil plâtré.

OBSERVATION IX

TRUCHET. *Loire Médicale*, 1908

Enfant de 5 ans, trouvée sur la route à côté d'une charrette, du haut de laquelle elle dût faire une chute. Le médecin consulté pensa à une contusion. Au bout de quelques jours, l'impossibilité persistante de la marche et l'attitude du membre imposèrent le diagnostic de luxation.

A l'entrée de l'Hôpital de Bellevue, on constate : cuisse en

adduction et rotation interne, saillie anormale dans la fosse de la tête fémorale que l'on sentait rouler sous les doigts. Le diagnostic est confirmé par la radiographie. Réduction assez facile sous anesthésie.

OBSERVATION X

Luxation traumatique de la hanche gauche chez un enfantde 10 ans

Réduction après 22 jours (Jaloguier, *Revue de Chirurgie de Paris*, 1903)

C..... René, âgé de 10 ans, entré à l'Hôpital des Enfants assistés le 26 mai 1903. Cet enfant s'amusait, le 5 mai dernier, à pousser une voiture à bras : d'autres enfants le poussaient lui-même. Il tomba violemment sur le côté gauche, la jambe repliée sous lui. Douleur très vive, impossibilité de se relever. Ses camarades le ramenèrent en voiture chez lui où le médecin qui fut appelé ne fit pas le diagnostic « à cause du gonflement » et se borna à faire appliquer des cataplasmes. Quelques jours plus tard, il reconnut la luxation et envoya l'enfant à l'hôpital. Le 27 mai, on note l'état suivant : Flexion complète de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse. Rotation en-dedans et adduction forcée. Saillie de la tête fémorale dans la fosse iliaque. Le grand trochanter est remonté de 5^{cm} au-dessus de la ligne de Nélaton. En faisant exécuter au membre quelques mouvements de rotation, on sent rouler la tête dans la fosse éliaque externe, où elle semble fixée par des adhérences déjà solides.

Le 27 mai, radiographie. Le 28 mai, anesthésie. Réduction facile en combinant la flexion forcée, l'abduction et la rotation en dehors à la propulsion de la tête vers la cavité cotyloïde. Un claquement caractéristique accompagne la réduction.

Immobilisation dans un appareil plâtré pendant 6 jours, puis massage et mobilisation.

Le 24 juin, l'enfant marchait presque sans boiterie. Aujourd'hui, il marche d'une façon tout à fait normale.

OBSERVATION XI

Luxation de l'articulation coxo-fémorale droite.

(Cas de Guersant, cité par de Saint-Germain dans son *Traité de Chirurgie des Enfants).*

V..... Jean, 7 ans, entré à l'hôpital, le 20 juillet 1840. Chute à la renverse en montant dans une charette, le pied étant placé sur le marchepied. Réduction facile par le procédé de Desprès. Sort guéri le 10 août.

OBSERVATION XII

Luxation de la hanche gauche

(Cas de Guersant, cité par de Saint-Germain)

D..... Alphonse, âgé de 13 ans. Entré le 14 novembre 1860. Dans la nuit précédente, cet enfant, au sortir du théâtre, s'était couché sur un banc, quand la police le saisit et le conduisit au poste.

Il était assis, quand il s'aperçut que les lits, superposés comme des planches de bibliothèque, allaient lui tomber sur le dos. Il mit aussitôt un genou en terre et se pencha en avant pour préserver sa tête. Il reçut le choc sur le dos, ce qui fait supposer que la luxation s'est produite par un mouvement de flexion exagérée du tronc sur la cuisse.

Le 15, à la visite du matin, l'enfant est dans le décubitus dorsal; le membre inférieur gauche est dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans. Il paraît légèrement raccourci; la hanche est déformée, saillante. On sent avec le doigt la tête fémorale sous la main.

Tout mouvement spontané est impossible. Le mouvement provoqué de flexion s'exécute facilement. Les mouvements d'abduction et de rotation en dehors ne peuvent être obtenus.

Réduction facile, sous anesthésie. Sort guéri le 9 décembre.

OBSERVATION XIII

Rœderer, *Paris Médical*, 1912

Eugénie F..., âgée de 10 ans, avait marché à l'âge habituel et jamais rien dans sa démarche n'avait attiré l'attention, quand, à 4 ans, elle reçut une brique sur l'épaule et tomba la jambe gauche pliée sous elle. La douleur ne fut pas considérable et le médecin, appelé immédiatement, soupçonna une lésion du côté de la hanche, mais ne put se prononcer avant huit jours, en raison de la tuméfaction considérable qui rendait toute palpation impossible. Huit jours après, la tuméfaction ayant disparu, l'enfant fut remise sur pied, mais elle ne put marcher et le médecin, rappelé, constata la présence d'une luxation qu'il essaya par deux fois de réduire sous le chloroforme, à dix jours d'intervalle. La luxation avait dû se reproduire entre les deux manœuvres, car il pratiqua, à la suite de la seconde, une extension continue de plusieurs kilogs, pendant six semaines, en maintenant le membre dans une position d'abduction très accentuée. L'enfant resta au lit deux mois et demi puis, progressivement, reprit la marche mais se fatiguait vite, et la mère remarqua, dès le début, la largeur anormale de la fesse gauche ainsi qu'une saillie. La boiterie fut notée aussi et ne fit que s'accentuer progressivement.

Actuellement l'enfant présente un abaissement notable de sa hanche gauche. L'adduction du membre n'est pas très considérable ; le pied un peu en rotation interne. La palpation permet de reconnaître un trochanter remonté haut et très saillant. Les rotations externe et interne sont faciles. Les mouvements d'extension sont conservés. Par contre, on note une limitation assez complète des mouvements d'abduction et de flexion.

L'examen montre qu'on a à faire à une luxation iliaque haute. C'est d'ailleurs ce que confirme l'examen radiographique.

CONCLUSIONS

La luxation traumatique de la hanche chez l'enfant est une affection très rare. Tous les auteurs sont unanimes sur ce point. Mais il est important d'y songer, car si elle est complètement méconnue elle peut devenir irréductible à la longue et il en résultera des conséquences fonctionnelles désastreuses.

Elle se produit à tout âge, mais c'est surtout après l'âge de 7 ans, qu'elle s'observe le plus souvent. La luxation postérieure iliaque est de beaucoup la plus fréquente.

Le traumatisme n'a pas besoin d'être aussi intense que chez l'adulte.

Le mécanisme, les symptômes sont les mêmes que chez l'adulte.

Les complications sont extrêmement rares.

Le pronostic est d'une grande bénignité, même dans les cas de luxations datant de plusieurs semaines. Enfin la réduction est très facile dans les luxations récentes. Elle n'offre pas non plus grande difficulté en général dans les luxations anciennes.

Dans ces dernières on doit toujours tenter la réduction par les procédés ordinaires, mais en ayant soin de commencer par les manœuvres préliminaires indiquées par M. Frœlich.

Vu :

Nancy, le 3 Novembre 1920.

Le Président de la Thèse,
FRŒLICH.

Vu :

Nancy, le 4 Novembre 1920.

Le Doyen,
E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 5 Novembre 1920.

Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

Broca. — Traité de chirurgie infantile.

Clark. — *British. med. Journal*, London, 1896.

Curtillet et Lombart. — Luxation traumatique de la hanche chez une petite fille de 3 ans 1/2. *Revue d'Orthopédie*, 1911, p. 479.

Douglas. — Lancet, 1889.

Dickson. — Lancet, 1889.

Delanglade. — *Marseille Médical*, 1904.

Ferraut. — Lancet, 1889.

Frœlich. — *Bulletin de la Société de Médecine de Nancy*, 27 février 1907.

— *Société de Médecine de Nancy*, 1911.

— *Bulletin de la Soc. de Méd. de Nancy*, 10 août 1919.

Gayet. — *Revue de Chirurgie*, 1902.

Jalaguier. — *Revue de Chirurgie de Paris*, 1903.

Martel. — *Loire Médicale*, 1908.

Mikulicz. — *Deustche med. Wochenschsift*, 1893.

Mouchet et Séguinot. — Deux cas de luxation traumatique de la hanche chez l'enfant. *Revue d'Orthopédie*, 1910.

Peschties. — Deisert, Kœnigsbert, 1908.

Rœderer. — La luxation traumatique de la hanche chez l'enfant. *Paris Médical*, 1912.

Streissler. — *Beiirage zür klinischen Chirurgie*, 1908.

Saint-Germain (De). — Chirurgie des enfants.

Testut et Jacob. — Anatomie topographique.

Truchet. — *Loire Médicale*, 1908.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-Propos	5
Introduction	6
Historique	7
Etiologie	11
Anatomie	13
Classification et mécanisme	17
Symptômes	22
Diagnostic	24
Complications	26
Pronostic	28
Traitement	31
Observations	36
Conclusions	47
Bibliographie	49

Nancy. — Ancienne imprimerie Vagner, rue du Manège, 3.